

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

83

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 décembre 1896, à 1 heure

Par A. MAX CARRIÈRE

Né le 18 novembre 1870, à Saint-Ybars (Ariège).

Savoir, afin de prévoir, pour pouvoir.

A. COMTE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

CAUSES DE L'INCAPACITÉ MATERNELLE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. TILLAUX, professeur.

BONNAIRE, } *agregés.*
BROCA, }

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

833

Année 1896

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 décembre 1896, à 1 heure

Par A. MAX CARRIÈRE

Né le 18 novembre 1870, à Saint-Ybars (Ariège).

Savoir, afin de prévoir, pour pouvoir

A. COMTE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

CAUSES DE L'INCAPACITÉ MATERNELLE

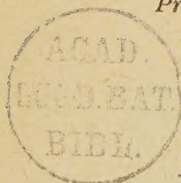
Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. TILLAUX, professeur:

BONNAIRE,

BROCA,

} *agregés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N...
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	N...
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	POTAIN.
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.
	TILLIAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAUCONNIER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIÉRY.
ANDRÉ.	GILBERT.	NELATON.	THOINOT.
BAR.	GILLES DE LA TOURETTE	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	RETTÉTER.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LÉTULLE.	ROGER.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR A. PINARD

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

INTRODUCTION

La Pathologie expérimentale a nettement démontré, naguère, l'influence positive de l'intoxication biologique des parents sur la descendance : les conditions de l'hérédité morbide sont à peu près connues, et le polymorphisme de ses manifestations prouve que les lois n'en sont pas fatales.

MM. CHARRIN et GLEY ont pu produire chez des lapins injectés de toxines et accouplés, des produits atteints nettement de rachitisme, et l'on sait combien la réaction de cette maladie sur le bassin est dangereuse.

Mais, aucune espèce animale ne se rapprochant de notre genre, l'expérimentation obstétricale ne peut pas fournir des conclusions immédiatement applicables à l'homme.

Les dystocies pelviennes restent donc l'apanage exclusif de l'observation clinique, sœur cadette de l'expérimentation animale et de l'embryogénie comparée. Si on pouvait diminuer le nombre des naissances d'enfants débiles, on arriverait lentement, mais sûrement, à faire disparaître les viciations pelviennes résultant de la déminéralisation des tissus.

Les enfants atteints de faiblesse congénitale peuvent être victimes de l'hérédité parentale; s'ils échappent à cette hérédité, leur vitalité peut être mise en échec au moment du travail de l'accouchement. Eviter la fécondation maldive, laisser arriver le plus près possible du terme toutes les grossesses, voilà ce qu'il faut réaliser.

Nous avons réuni sous le nom de « causes d'incapacité maternelle » les causes actuelles qui empêchent la gravidité d'avoir, pour conclusion, la naissance spontanée, à terme, d'un enfant vivant non dégénéré.

Le regretté professeur PAJOT (1), M. le professeur FOURNIER (2) emploient: l'un le terme « d'incapacité au mariage », l'autre celui « d'incapacité matrimoniale » pour signifier le même résultat. Il nous a paru préférable de dire « incapacité maternelle » pour, en ne préjugant pas de la cause de cette incapacité, affirmer que la fécondation est toujours possible, qu'il ne s'agit pas de stérilité.

Notre rubrique, dans les cas où le père est seul cause de l'incapacité, paraît au moins illogique: mais la réserve est de bon goût quand un monstre naît de la fécondation d'une femme par son frère, et le professeur PAJOT n'hésiterait pas à dire que « paternité collatérale » excuse « incapacité maternelle ».

C'est à notre maître, M. le professeur PINARD dont nous avons eu la bonne fortune de suivre les doctes leçons à la

(1) PAJOT. Conférence à l'hôpital des Cliniques, in *Gazette des hôpitaux*, 8 janvier 1861.

(2) FOURNIER, *Syphilis et mariage*.

« maison d'accouchements Baudelocque », que nous devons l'idée de notre dissertation inaugurale. La formule de l'école dont M. le professeur PINARD est le chef, nous a permis de développer, suivant la science, l'idée de la maternité, droit physiologique de quelques femmes, et d'établir ainsi le droit de l'enfant à l'accouchement à terme le moins traumatique.

Si nous avons fait œuvre utile, notre maître nous permettra de lui en rapporter tout l'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

DES CAUSES D'INCAPACITÉ QU'IL FAUT RAPPORTER A LA FÉCONDATION.

Un élément (spermatozoïde ou ovule) est-il immédiatement responsable du devenir de l'œuf ?

Une cellule quelconque, suivant les cytologues, représente nécessairement, par son protoplasma ou son noyau, le résumé des qualités qui la séparent d'un élément voisin, sinon elle disparaît ou dégénère. Si un élément se présente à notre observation, sous l'aspect typique qui a permis de le classer, de le décrire, sa nutrition n'est pas ralentie. On croyait autrefois, à l'immortalité des protozoaires, éternellement unicellulaires (1) ; l'observation plus intime de la cellule vivante a montré : qu'à un moment donné le protozoaire se divise, pour donner naissance à une cellule-fille semblable à lui. Et cette scissiparité, mode de reproduction de l'être primordial a lieu quand la nutrition s'exagère ; HÆCKEL a pu dire, avec raison, que la reproduction est une excroissance.

Chez les métazoaires, chaque unité constituante subit les lois de la communauté anatomique, aux dépens de sa biologie propre. D'où conflit.

La solution de ce conflit est variable : la cellule la mieux nourrie, devenue la plus noble de l'organisme, peut fournir

(1) HENNEGUY, *Leçons sur la cellule*, Paris, 1896,

au protoplasma des cellules voisines, la nutrition que le milieu leur refuse. Alors, ou bien la cellule inférieure, paresseuse, use le protoplasma de la première sans diminuer sa faculté de nutrition, ou bien la cellule noble surmenée, lasse, mal nourrie devient insuffisante. Dans les deux cas, la reproduction peut avoir lieu ; mais le nouvel être est débile et si le milieu où il va vivre n'est pas propice, la stérilité est fatale. Supposez, au contraire, que ce milieu soit d'une richesse exubérante ; le convalescent, le nouveau-né, victime d'un ralentissement de la nutrition, d'une hérédité morbide, est doucement amené à une vie meilleure : la race est sauvée.

Lorsque la division du travail s'établit définitivement, les chances d'une évolution plus normale s'accroissent, mais, avec ces chances, augmente aussi le danger créé par la nécessité d'un maître absolu connaissant les besoins spéciaux de chaque partie de l'organisme. L'équilibre biologique qu'il est chargé de maintenir chez l'individu suivant les lois immuables de la race, sera rompu, si ce maître, ce système nerveux, *caractéristique du genre humain*, résultat d'une lente évolution, frappé de disette, meurt plus rapidement que les cellules des organes auxquels il oublie de commander. Ainsi s'établit un état de maladie : d'innombrables cellules qui obéissaient passivement, et pouvaient obéir parce que leur nutrition, suffisante, compensait la dépense matérielle exigée par le travail, ne savent plus, sans surmenage, continuer leurs fonctions. Obligées de faire de l'autophagie, les voici près de s'atrophier, de disparaître.

Prenez un spermatozoïde né d'une cellule en chandelier

qui a souffert : il est malingre ; ainsi de l'ovule qu'un ovaire fournit en période de dénutrition. La vitalité des éléments doit donc se retrouver dans l'état de vitalité de la descendance : deux éléments en pleine vitalité, fourniront un embryon avec le coefficient de réaction maxima ; si l'un des éléments est victime d'une nutrition ralentie, l'embryon sera dégénéré et l'on retrouvera les signes de dégénérescence diversement affirmés, en raison de la robustesse de l'élément qui s'unit au plus malingre : ainsi pourra s'établir, parmi les dégénérés, un air de famille suivant les conditions de l'hérédité morbide (1). A une même cause correspond un certain degré d'aberration architecturale, en quelque sorte, la perfection de l'être normal, résultant de l'exécution d'un plan nettement établi pour chaque genre et, dans chaque genre, pour chaque race.

On peut donc affirmer la possibilité de la sélection ; mais les lois en sont difficiles à établir : la grossesse est pour quelques femmes une surprise plutôt désagréable ; si la gravidité est recherchée, voulue, le coït fécondant, est-il celui qui pouvait fournir le plus de chances de vitalité normale à l'embryon ; enfin dans les cas, très rares, où un coït unique a été pratiqué, sans doute le spermatozoïde le plus robuste a fécondé l'ovule, mais quelle était sa robustesse ? Quel était, d'ailleurs, au moment de la fécondation, l'état biologique, de cet ovule indifférent en quelque sorte, comme le prouvent les cas de superfétation ?

Au point de vue clinique, l'âge du père et de la mère ne sont pas sans influence : GUILLEMOT a cité le cas d'une jeune

(1) CH. FÉRÉ, *Hérédité morbide*,

femme dont le mari était très caduc ; après plusieurs fausses couches, la jeune femme devenue veuve et remariée, accoucha, à terme, d'un enfant normal. Le moment où a lieu la fécondation paraît agir sur la vitalité de l'œuf. STOLZ disait : « *Familiarius nihil est audire maritos conqueri, aut de sterilitate uxorum suarum, aut de harum impotentia, ad tempus limitatum gerendi foetum, et ideo querelis perpetuis medicorum aures fatigant, aut sponsis suis medicinam faciunt ; sed illos jure merito derideat medicus, ne sint immemores dissolutæ Baccho. Venere, forte exhaustæ vitæ, hic potius abortuum causæ sint.* » BRESCHET (Dictionnaire en trente volumes) cite le cas d'une jeune femme saine et mariée à un alcoolique âgé de soixante ans qui eut consécutivement trois enfants hydrocéphales. Dans plusieurs observations, l'âge des parturientes dépasse quarante ans, et se complique du cachet qu'imprime la misère physiologique (POULLET, Thèse d'agrégation, 1880).

La consanguinité agit nettement dans certains cas. Dans une observation récente du D^r BUÉ de Lille, parue dans la *Revue obstétricale internationale* du 11 août 1896, il s'agit de la naissance d'un monstre, chez une jeune fille fécondée par son frère. A ce propos, le professeur GAULARD, rapporte, que dans les mêmes conditions, mais dans un milieu social plus élevé, il a vu naître un enfant parfaitement conformé et le professeur LACASSAGNE s'efforce de démontrer que la consanguinité donne toujours la mesure de l'état physiologique du milieu social. « Pas de danger, dans les races pures ; la consanguinité favorise la transmission des meilleures qualités physiques et morales. Mais dans

la population des villes, dans les familles atteintes par la vie moderne, qu'elles appartiennent aux classes ouvrières, bourgeoises ou aristocratiques, on peut voir les dangers de la consanguinité s'accroître de plus en plus. Ce n'est pas la consanguinité qui est saine ou morbide, mais le terrain sur lequel elle se produit. Il y a une *consanguinité du milieu social pathologique*. » Suivant le Professeur de Lyon, la consanguinité agirait donc surtout non pas en créant dès la fécondation un état d'infériorité de l'œuf, mais en empruntant au milieu social la cause de dégénérescence. Nous insistons sur cette influence du milieu.

L'alcoolisme a été dénoncé au Congrès de Genève (1896) par le D^r LEGRAIN, médecin de l'asile de Ville-Evrard, comme propre à créer, en dehors de toute complication pathologique, une cause d'incapacité formelle : « J'ai suivi, dit le D^r LEGRAIN, *quatre générations* de buveurs, dans 215 familles et les résultats de ma statistique sont suffisamment démonstratifs pour que je les reproduise ici. Dans la *première génération*, 168 familles comptent déjà des dégénérés (63 fois, déséquilibre simple ; 88 fois, débilité mentale ; 45 fois, folie morale ou impulsions dangereuses) et beaucoup d'enfants disparaissent dès le premier âge, pour cause de débilité native (6 sur 8 dans un cas ; 10 sur 16 dans un autre ; les 8 qui restent sont déséquilibrés, faibles d'esprit, épileptiques, ou en proie à de mauvais instincts). Dans 39 familles, je note les convulsions ; dans 52, l'épilepsie ; dans 16, l'hystérie ; dans 5, la méningo-encéphalite ; 108 familles, sur 215, comptent des alcooliques qui délirent, pour la plupart ; enfin 106 familles comptent des aliénés.

« A la *seconde génération*, 98 observations donnent les résultats suivants : 54 familles comptent des dégénérés (imbécillité, idiotie) ; 23 familles ont des fous moraux ; les naissances avant terme, la mortalité précoce, la misère physiologique, font une véritable hécatombe d'enfants, d'autant plus qu'ici, l'ivrognerie du père et de la mère *devient commune* (36 fois). Les convulsions se rencontrent dans 42 familles ; l'épilepsie dans 40 ; dans tous les cas, sauf 8, l'ivrognerie est signalée ; la folie existe dans 23 familles (la plupart des autres ne comptent encore que des enfants).

« A la *troisième génération*, 7 observations donnent un total de 17 enfants ; *tous sont arriérés* : 2 sont atteints de folie morale ; 4 de convulsions ; 2 d'épilepsie ; 2 d'hystérie, 1 de *méningite* ; 3 de *scrofule*.

« En additionnant toutes les suites, soit 814, comprises dans les 215 familles, je trouve :

« 42,20 0/0 devenus alcooliques ;

« 60,90 0/0 « dégénérés ;

« 13,90 0/0 « fous moraux ;

« 22,70 0/0 « convulsifs ;

« 1/3 « hystériques ;

« 19 0/0 « fous ;

« 174 ont disparu avant ou presque avant de vivre ; 93 *cas de misère physiologique* ou de *tuberculose voués à la mort*.

« Au total 32,60 pour cent soit 1/3 représentant le déchet social brut par hérédité-alcoolisme.

« La folie morale se rencontre dans 45 familles sur 168, à la première génération ; dans 23 sur 98 familles à la deuxième génération ; les crimes ou délits relevés ont été

entre autres : le vol, le vagabondage, l'homicide, les coups et blessures, les perversions sexuelles, l'ivrognerie, l'adultère, la prostitution, l'exploitation de la femme, etc... Ici, l'état d'immoralité est tellement lié à l'état de défectuosité native et son caractère dégénératif est si net, qu'on le voit se manifester par la tendance à boire, dès la première enfance. Dans mon passage de cinq années à la colonie d'arriérés de Vaucluse, où j'ai traité plus de 500 jeunes dégénérés, j'ai vu intervenir le crime dans 1/3 des cas, et j'ai pu établir que *presque tous mes délinquants*, étaient *issus de parents alcoolisés*.

« De tout cela il résulte : *que l'hérédo-alcoolique réalise mieux que personne le tableau synthétique auquel on a apposé l'étiquette de criminel-né*. J'entends par ce vocable, l'ensemble des dispositions natives, toujours dégénératives et par conséquent morbides, qui font un être à peu près incapable de s'adapter au milieu social. En d'autres termes, les conditions morales de tout individu né de parents alcoolisés, sont telles que les réactions antisociales, sont, de sa part, naturelles et prévues ».

CHAPITRE II

DES CAUSES D'INCAPACITÉ QUI S'AFFIRMENT APRÈS LA FÉCONDATION PENDANT LA PÉRIODE EMBRYON- NAIRE.

Il nous paraît prouvé que la fécondation seule, lorsqu'elle a été dégénérative, détermine une évolution particulière. Cette évolution peut être d'autant plus normale que la vitalité des éléments aura été plus intense, mais surtout si une nutrition exubérante du milieu maternel permet à l'embryon de suffire aux nécessités d'une karyokinèse active.

« Les faits observés dans les familles humaines, où l'on voit des dégénérés donner naissance à des produits d'autant moins défectueux que leurs propres conditions de nutrition s'améliorent, indiquent que : *sous l'influence d'une suractivité nutritive, des organismes défectueux peuvent fournir une épigénèse normale* (1). Du reste, la possibilité de combattre, pendant la période embryonnaire, la tendance dégénérative qui se manifeste par le retard du développement, la fréquence des anomalies morphologiques, peut être établie sur des faits expérimentaux qui, pour être peu nombreux, n'en sont pas moins significatifs. Dans l'incubation artificielle des œufs de poule, on voit que certaines conditions capables d'accélérer le dévelop-

(1) CH. FÉRÉ, *Loco citato*.

pement normal, sont susceptibles aussi de résister à l'influence retardante et déformante d'agents perturbateurs qui ont été mis en jeu *avant l'incubation*. Si les influences de milieu se réduisent, en somme, à des modifications de la nutrition ; si, d'autre part, les processus embryogéniques sont de même nature que les processus de la nutrition, en général, on peut admettre que les influences du milieu qui sont capables de modifier heureusement la nutrition d'un organisme défectueux, sont aussi capables de le mettre dans de meilleures conditions pour fournir au développement de l'embryon. En résumé, *l'observation et l'expérience montrent que pour lutter avec succès contre l'hérédité morbide et la dégénérescence qui ne sont d'ailleurs pas fatales, aucune des influences de milieu, capables d'agir sur le développement, ne doit être négligée.* »

Mais, un principe de nutrition bienfaisante ne peut arriver à l'embryon, que si la chambre incubatrice où il évolue n'est pas directement traumatique pour l'œuf, si elle peut, en premier lieu, lui fournir un point d'attache solide.

Dans la *Revue générale des sciences pures et appliquées*, du 30 novembre 1894, M. le Professeur MATHIAS DUVAL a montré quel rôle joue la muqueuse utérine dans la formation du placenta : l'intégrité de cette muqueuse est indispensable pour que la chute de l'œuf, avant l'époque normale, n'ait pas lieu.

L'ovule tombe dans la cavité utérine ; à ce moment, la muqueuse normale doit lui fournir une caduque suffisante pour assurer sa nutrition et sa fixation. Si la muqueuse

utérine est imparfaite, l'œuf peut se fixer ; mais sa chute est prématurée, ou bien l'embryon mal nourri, meurt, avant d'avoir atteint le terme de son évolution.

Cette muqueuse subit une atrophie normale, lorsque la femme a *vécu toute sa vie génitale* : cette atrophie suit les progrès de la sénilité de l'ovaire. Elle peut, encore, être le résultat d'une intervention chirurgicale nécessitée par une maladie antérieure du paramétrium.

Le 23 novembre 1895, à la Société obstétricale de Saint-Pétersbourg, L. KOGAN, appelé à donner son opinion sur l'influence de la castration de la femme, disait :

« L'ablation de l'ovaire détermine :

1° *L'atrophie de la muqueuse utérine ;*

2° La disparition des glandes par suite d'involution quantitative ;

3° *La transformation des cellules du squelette en une variété de tissu connectif propre à la sénilité ;*

Nous ne retenons actuellement de l'opinion de ce savant qu'un fait : la transformation de la muqueuse utérine dans l'ovariotomie, car il est permis de se demander si les hémorragies génitales que les gynécologues ont constatées, après une castration, n'étaient pas souvent *une fausse couche au lieu d'une menstruation persistante*. Les faits nous manquent pour étayer notre opinion ; une analyse minutieuse du sang écoulé après une castration, serait nécessaire ; il n'est pas à notre connaissance que pareille recherche ait été faite. Il serait intéressant de savoir si une grossesse peu avancée, a pu évoluer après la castration, jusqu'à son terme normal.

En dehors des cas de sénilité, qui déterminent l'atro-

phie de la muqueuse, et constituent par conséquent une incapacité absolue, l'*influence des infections* blennorrhagique, tuberculeuse, syphilitique, sur cette *muqueuse primitivement atteinte*, est indiscutable.

La blennorrhagie détermine des accidents multiples : dans les cas où le gonocoque est venu habiter l'organe à peu près au moment où la fécondation se faisait, on voit la grossesse arriver à terme, dans le plus grand nombre des cas. La blennorrhagie, alors, reste une *affection dangereuse pour la mère seule* ; plus tard, elle aura un rôle dans la grossesse, non point toujours par le fait des lésions qu'elle détermine spontanément, mais souvent aussi par l'*intervention gynécologique qu'elle nécessite*. La tuberculose primitive de l'utérus, niée par quelques-uns, affirmée par d'autres, détermine surtout des hémoptysies utérines et la fécondation, quand elle a lieu, se termine par une fausse couche très prématurée. Ici encore, le curettage des fongosités, l'abrasion de la muqueuse hyperémiée sont la règle ; et l'incapacité peut s'établir, après l'intervention.

On a cité des cas d'endométrites dues aux intoxications professionnelles, notamment au saturnisme : nous ne saurions dire exactement s'il ne faut pas accuser l'état de misère physiologique dû à l'intoxication plutôt que la transformation de la muqueuse utérine, *secondaire* dans notre hypothèse ; ainsi, de la syphilis qui a aussi son endométrite *secondaire* ; le chancre du col peut, d'ailleurs, déterminer une réaction inflammatoire intense, surtout s'il naît sur une muqueuse déjà malade.

La présence d'un épithélioma du col, ignoré bien souvent à cause de la nullité des symptômes subjectifs, à l'ori-

gine, peut aussi déterminer une réaction intra-utérine. La conséquence est la difficulté de la nutrition placentaire : l'enfant naît faible, chétif.

Nous avons passé en revue les affections qui agissent directement sur la *muqueuse* de la chambre d'incubation, sans attaquer primitivement le *muscle utérin*.

Les productions polypiformes, les fibromyomes qui font pour ainsi dire corps avec la matrice ont un double effet. Intimement liés à l'organe dont ils tirent leur nutrition, les fibromyomes constituent une grossesse latente à côté de la grossesse vraie : leur évolution pendant la gravidité est parallèle au développement de l'embryon ; *à mesure que le fœtus, évoluant, demande un plus grand espace pour se loger, le fibromyome grossi tend à réduire cet espace*. Logiquement, et si la physiologie pathologique obéissait à des lois absolues, il serait permis de dire que *la fibromatose est une contre-indication de la grossesse* ; c'était là l'opinion de PAJOT. Mais il ne faut pas se hâter d'accuser tous les fibromes des traumatismes intra-utérins graves : il en est (notamment ceux qui se développent immédiatement sous le péritoine), qui ne sont pas très dangereux ; on peut voir la grossesse arriver à terme et se terminer par un accouchement spontané, avec un utérus porteur de fibromes nombreux, mais peu méchants.

Il reste vrai pourtant qu'il n'est pas permis de porter le diagnostic exact de la place occupée dans un utérus par la tumeur et surtout du développement qu'elle pourra prendre dans l'espace, en augmentant son volume, au moment de la gravidité.

Les productions polypiformes qui préexistent à la gravi-

dité participent aussi à l'hypernutrition dans l'état de grossesse; en général, elles ne réduisent point assez le volume de l'utérus pour apporter, mécaniquement, un obstacle définitif à la parturition normale.

Mais, les fibromyomes, un polype, agissent comme corps étrangers sur la muqueuse.

Le Dr BORISOF (Thèse de Saint-Petersbourg, 1895) conclut, dans son étude « sur les modifications de la muqueuse utérine, au cas de fibromyomes en rapport avec la métrorrhagie », qu'il se fait :

1° Un processus scléreux *atrophiant la muqueuse* ;

2° Une *endométrite glandulaire* et interstitielle ;

3° Dans le cas de fibromes volumineux, une *atrophie de la muqueuse, par action mécanique* ;

4° Une *modification des parois vasculaires*, produisant la métrorrhagie ;

5° Des *lésions inflammatoires de la muqueuse*, dont la *desquamation épithéliale* se fait grâce aux métrorrhagies consécutives à la stase sanguine ;

6° Une transsudation séreuse facile.

Les tumeurs incluses dans le muscle utérin déterminent encore des troubles dans la statique de l'organe, par déplacement du centre de gravité physiologique : alors se produisent des versions ou des flexions plus ou moins nettes, et souvent aussi des fixations définitives de la matrice en position défectueuse, par brides péritonéales. La fausse couche ici n'est pas rare : l'involution gravidique est contrariée, en effet, par l'athrésie du petit bassin. Cette athrésie due aux viscères atteints sera plus grave, si déjà une tumeur de voisinage (rectum, ovaire kystique tombé

dans l'excavation, prolapsus vésico-vaginal, etc...) existait.

L'utérus normal libre dans la cavité abdominale reçoit un ovule fécondé : le placenta a pu se fixer, il est suffisant.

Aussitôt l'organisme maternel se transforme : « ce qui domine, chez la femme enceinte, dit M. le professeur RAYMOND (1), c'est la *surabondance de vie*, non pas de vie active, *mais de vie passive*. Il y a, qu'on nous passe l'expression, pléthore vitale avec faible dépense personnelle, le fœtus se chargeant de cette *dépense*, dont la *mère fait tous les frais*... Il en résulte que les éléments anatomiques sont baignés par un liquide modifié. »

Peut-on penser que ce *liquide modifié* a la raison d'être de son existence dans le seul fait de la greffe embryonnaire ?

« Pour moi, dit M. CHARRIN (2), la chlorose est une auto-intoxication génitale. Je m'explique.

« Au moment où les *règles vont survenir*, la *toxicité du sérum est en croissance*; les nourrices qui, par hasard, conservent leurs menstrues, à ce moment plus qu'à tout autre, donnent des diarrhées, des éruptions à leurs nourrissons; à ce moment, également, chez de nombreuses femmes, la fièvre, l'herpès ne sont pas rares; puis, *l'écoulement se produit et tout rentre dans l'ordre*; les migraines cessent; les douleurs musculaires disparaissent; l'appétit revient; les *signes d'empoisonnement s'évanouissent*.

« D'un autre côté, des recherches *expérimentales*, malheureusement encore très insuffisantes, entreprises par

(1) Thèse d'agrégation, Paris, 1880.

(2) *Leçons de Pathogénie appliquée*. — Clinique médicale Hôtel-Dieu, 1895-1896.

P. CARNOT, et par moi, conduisent à des *conclusions analogues* ; il conviendra de les reprendre sur une série nombreuse pour dégager une moyenne, pour aboutir à une conclusion plus ferme.

« Je pense que cette fonction menstruelle qui, avant tout, prépare la greffe ovulaire, purge aussi l'économie de certains poisons ; les *organes génitaux* ont un *rôle d'élimination*.

« Durant les premières années, les dépenses de l'être sont minimales ; par contre, à l'heure de la puberté, elles s'accroissent rapidement. A ce moment éclate l'imperfection des cellules, demeurées trop petites, les *produits de désassimilation* devenus soudain abondants *sont élaborés d'une façon vicieuse* ; de là, une première *cause d'auto-intoxication*, car on sait que, plus ces produits sont métamorphosés, oxydés, moins ils sont nuisibles.... Sur ces processus généraux d'auto-intoxication vient se greffer un *troisième facteur*, celui-là tout particulier, donnant au mal sa caractéristique, faisant de lui l'apanage du sexe féminin ; je veux parler de l'obstruction, au moins relative, de la *voie dépurative génitale*, qui ne conduit pas suffisamment au dehors les principes nocifs destinés à suivre ce chemin.

« On objectera que certaines chlorotiques ont des règles abondantes ; je répondrai que la quantité n'est pas tout, qu'il est des néphrétiques, des brightiques qui rendent des volumes énormes d'urine ; *il faut voir si le sang cataménial est riche en poisons*, comme il faut voir si ce liquide chez les polyuriques est toxique.

« Dans cette conception *la misère, le surmenage, les*

émotions, trouvent leur place. Ils accroissent l'auto-intoxication en activant la désassimilation ; ils la portent à un état tel que l'organisme ne peut plus la tolérer ; de latent, l'état anormal devient manifeste ».

Normalement, dès la puberté, la fonction utérine a une part dans l'élimination des poisons de l'organisme.

« Chaque cellule de cet organisme, dit M. le Professeur ARMAND GAUTIER (1), forme des *leucomaines* aux dépens des matières albuminoïdes du protoplasma et du noyau, *qui ne sauraient fonctionner sans les produire*. Les leucomaines sont définies par leur origine et non par une série de propriétés générales et spécifiques aptes à les faire aussitôt reconnaître et classer. On ne saurait les distinguer absolument des *ptomaines*, en ce sens que si celles-ci dérivent en principe des microbes, et non des cellules normales de nos tissus, plusieurs cependant peuvent se rencontrer dans l'économie au cours de la vie normale..... Nous verrons de même que les *toxines* proprement dites, ne sauraient être distinguées absolument des ptomaines et qu'elles peuvent aussi, dans certains cas, être produites par les cellules animales. Nous dirons donc que les *leucomaines* sont les *alcaloïdes physiologiques des tissus* comme les *ptomaines* sont les *bases sécrétées par les microbes*. Elles procèdent du dédoublement des albuminoïdes du protoplasma, et se rapprochent, bien plus que les ptomaines, de cette série de corps neutres, chimiquement et physiologiquement presque indifférents, auxquels on a donné le nom d'*uréides*, substances qui se rencontrent, comme les leucomaines,

(1) *Les toxines microbiennes et animales*, 1896.

dans tous nos tissus et dans toutes nos sécrétions normales et qui sont caractérisées par la *propriété commune de donner toujours de l'urée* au nombre de leurs dérivés de dédoublement.... Dans les cellules hépatiques, les termes *directs* de ce dédoublement, consistent en *glycogène*, principes gras, amides complexes, et *urée*; dans les autres cellules, le glycogène est lui-même transformé en graisse et acide carbonique. »

En 1879, le Professeur G. POUCHET, dans sa thèse inaugurale, sur les « Matières extractives des urines », démontrait que les substances non dialytiques et incristallisables des urines, sont très toxiques. En 1882, M. le Professeur BOUCHARD (1) disait : « Il existe, à l'état *normal*, des alcaloïdes dans le corps des individus vivants. »

Lorsque la fécondation a lieu, que la *menstruation disparaît*, l'activité nutritive augmente : la mère et l'enfant fabriquent un *excès* de leucomaines et le nombre des exutoires normaux, par où s'écoulent les poisons cellulaires, *diminue*. Il se crée un état d'*auto-intoxication gravidique normale*, comparable à l'état de chlorose dont M. CHARRIN parle.

OLLIVIER (2) disait, en 1868 : « L'état puerpéral remplace, en quelque sorte, l'influence des excès alcooliques, chez le sexe où ils sont le moins habituels, et l'on peut accorder à la puerpéralité une place à côté de l'impaludisme et de la syphilis, parmi les causes qui exercent une influence manifeste sur le développement de la cirrhose

(1) *Revue de médecine*, p. 805.

(2) *Bulletins de la Société de biologie* (1868-1869).

hépatique. La puerpéralité a aussi une influence sur la production du goître. »

Depuis OLLIVIER, depuis aussi les travaux de M. le Professeur GUYON sur la pathogénie de la thyroïdite gravidique, la biologie a recherché la cause de ces phénomènes.

M. le Professeur PINARD pense que le plus grand nombre d'auto-intoxications gravidiques, a pour cause une impotence fonctionnelle du foie, dans la nouvelle tâche que lui impose un apport plus considérable de leucomaines à neutraliser, à côté de la nécessité où l'organe se trouve de fournir une plus grande quantité de matière glycogène et de bile.

Récemment (1), le D^r HERTOGHE (d'Anvers) disait : « La thyroïdine a un effet vaso-constricteur sur les organes pelviens tel, qu'elle peut déterminer une aménorrhée expérimentale, parfois absolue, et une sécrétion lactée exagérée, avec conservation des qualités nutritives du produit de la sécrétion. Chez la *femme enceinte* et chez la femme qui allaite, *le sang est surchargé de thyroïdine*. » Et le D^r HERTOGHE rapporte à cette surcharge quelques auto-intoxications gravidiques, de préférence les vomissements incoercibles, comme aussi les *hémorrhagies abondantes, capables d'entraîner l'embryon*, dans les cas où le sang de la mère est hyperthyroïdisé. A l'appui de cette opinion, on lit l'observation d'une femme dont le passé obstétrical était composé de maintes fausses couches. Sous l'influence de la thyroïdine, cette femme a pu mener une grossesse à bon terme.

Aux poisons déjà en grande quantité dans l'état de gra-

(1) *Académie de médecine belge*. Séance du 30 mai 1896.

vidité normal, ajoutez un poison *pathologique*. Ce poison, cette toxine, peut agir de plusieurs manières, dans des conditions bien déterminées :

Elle tue l'embryon ;

Elle détermine son expulsion avant terme ;

Elle laisse vivre cet embryon jusqu'à la fin de son évolution normale ; mais le nouveau-né pourra être dégénéré, malade ou immunisé contre le virus qui aura agi.

« L'action des agents toxiques, dit M. CH. FÉRÉ, se manifeste par une tendance à la variation qui, suivant la *dose de l'agent* et suivant l'*équation trophique individuelle du germe*, peut s'exercer dans le sens de la dépression ou dans le sens de l'exaltation. » Et ailleurs (1) : « une même dose d'agent toxique qui a, jusqu'au troisième jour, un pouvoir *tératogène croissant*, tout en laissant survivre l'embryon, manifeste, à partir de cette époque, une action toxique qui se traduit par une *mortalité décroissante*, à mesure que son intervention *est plus retardée*. »

Les différents stades de l'action virulente de la syphilis nous donnent la preuve la plus admirable de la vérité de l'opinion des biologistes.

M. le Professeur FOURNIER (2) s'exprime ainsi : « Au point de vue du pronostic de la syphilis héréditaire, les qualificatifs de lamentable, d'épouvantable, d'abominable, n'ont rien d'exagéré. En effet, l'influence de l'hérédosyphilis est désastreuse, essentiellement meurtrière pour le fœtus.

(1) CH. FÉRÉ, *Essai expérimental sur les rapports étiologiques de l'infécondité, des monstruosité, de l'avortement*.

(2) *Bulletin médical*, n° des 29 avril et 3 mai 1896. — « Comment il faut concevoir la syphilis, de nos jours ».

« Chiffres en main, voici ce que je l'ai vu faire : en ville, 42 pour 100 de mortalité ; à Saint-Louis 84 pour 100 ; à Lourcine 86 pour 100 de mortalité.

« Moyenne : 63 enfants morts sur 100 grossesses. C'est-à-dire, de véritables hécatombes d'enfants. »

On voit, chez les 37 enfants qui survivent, des manifestations variables en rapport avec l'état d'immunité apparente des ascendants, *au moment de la fécondation*.

Ici des accidents purement spécifiques : pemphigus, syphilides diverses. Ailleurs, une série de dystrophies résultant de l'imprégnation virulente des générateurs, comparables aux manifestations que MM. CHARRIN et GLEY ont pu produire en injectant aux animaux, chez lesquels ils provoquaient le coït, des cultures filtrées de bacilles pyocyaniques : retards de développement, malformations diverses (hydrocéphalies, spina-bifida, *rachitisme expérimental*) réduction de la taille, voire nanisme.

L'hérédité tuberculeuse ne paraît pas obéir à des modes aussi nettement analysables : la forme des accidents observés varie depuis la production immédiate de la maladie chez l'enfant, lorsque le bacille traverse le filtre placentaire imparfait, usé, jusqu'à la production de cette entité bâtarde nommée la scrofule. Aussi dit-on parfois : on ne naît pas tuberculeux, mais *tuberculisable* ; ou mieux, avec M. le Professeur LANDOUZY : « La tuberculose est une maladie générale, qui se localise, à l'âge adulte. »

Au Congrès de la tuberculose (1888) M. DE LA TORRE (Messine) estimait que dans la transmission par hérédité, le rôle du facteur paternel est de beaucoup le plus important : la tuberculose du père influe d'une façon aussi défa-

vorable sur le développement du fœtus que l'alcoolisme et la syphilis. Mais elle n'agit pas seulement en faisant l'enfant débile, elle l'infecte directement, spécifiquement, puisque l'expérimentation sur les cobayes a prouvé que le sperme tuberculeux peut tuberculiser l'ovule en le fécondant. L'état de résistance de la mère contribue beaucoup à donner à la maladie la forme de son évolution future; elle peut rendre plus lointaine l'échéance de sa localisation définitive.

L'hématozoaire de Laveran donne plutôt des fausses couches; si l'enfant naît à terme, sa débilité est notoire. Cette débilité se retrouve encore lorsqu'il s'agit d'intoxications professionnelles des parents, comme on le voit chez les saturnins.

Nous n'avons pas rencontré jusqu'ici de cas d'immunisation vraie: la syphilis héréditaire épargne bien, à l'enfant, l'inoculation chancreuse de la maladie, mais lui impose les désordres de la spécificité; si la tuberculose ne l'infecte pas immédiatement, le nouveau-né n'en est pas moins soumis aux caprices de la pullulation du bacille de Koch. La lymphé jennérienne inoculée à la mère vaccine le germe: on a pu voir des enfants réfractaires à l'inoculation similaire, après leur naissance. Pourquoi ce virus qui produit chez l'adulte varioleux des accidents plus rapidement mortels, que la syphilis et la tuberculose dans le plus grand nombre des cas, confère-t-il l'immunité à l'embryon?

Pour la syphilis, l'expérimentation sur les animaux n'est pas possible: l'espèce humaine seule n'est pas réfractaire à l'inoculation; « humaniser » un sérum antitoxique,

est difficile. Mais pourtant, le Professeur FOURNIER a cité des cas de « syphilis décapitée » qui montrent bien que, pour des causes inobservées, la « peste moderne » pourrait avoir sa thérapeutique en dehors du mercure et de l'iodure de potassium, seuls médicaments héroïques jusqu'aujourd'hui.

CHAPITRE III

DES CAUSES D'INCAPACITÉ RELATIVES AU TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT PAR DYSTOCIE PELVIENNE.

Nous avons montré que l'œuf est soumis à une embryogénèse particulière, par le fait seul de l'union d'un spermatozoïde et d'un ovule de vitalité variable. Lorsque la fécondation a eu lieu, la période d'incubation est grosse de nouveaux dangers dus à l'utérus lui-même, dus aux toxines en circulation dans l'organisme maternel déjà surchargé de poisons cellulaires, de leucomaines par suppression d'un émonctoire physiologique. Suivant que cet organisme, remarquable par la surabondance de vie passive, subit ou non l'influence du milieu où il est placé, l'embryon arrive au terme normal de son évolution naturelle, ou bien il est expulsé avant ce terme et meurt.

Quand le fœtus à terme est devenu un corps étranger, incompatible avec la physiologie utérine, le travail doit commencer.

Les lois physiques de l'accommodation, formulées par PAJOT, commandent à l'expulsion. Le problème est simple : l'accouchement spontané est la résultante de l'action de deux forces (contractions utérines de valeur dynamométrique constante, filière génitale suffisante) agissant communément sur un corps mobile (le fœtus) à divers moments, avec des points d'application variables.

Le point d'application n'est pas inutile à connaître ; on doit le rendre responsable de l'intensité du traumatisme qui diminuera la vitalité du nouveau-né : la fracture d'un membre est loin de créer les mêmes accidents que l'écrasement de la tête au détroit supérieur. L'accouchement normal se réduit donc à l'accouchement de la tête. Nous supposerons, et cela est possible dans tous les cas, que le fœtus présente son extrémité céphalique fléchie.

Suivant M. BUDIN (Cf. thèse inaugurale, Paris, 1876), la tête *statique*, mesurée après une opération césarienne faite avant tout signe de travail, donne pour un enfant de moyen volume, les diamètres suivants :

OM	124	millimètres
OF	118	—
SoOB.	103	—
BiP.	100	—
BiT.	87	—
BiM.	78	—

Circonférences de la tête, 376/335 millimètres.

Dans son cours de la Faculté (semestre d'hiver 1895-1896), M. VARNIER donnait les mesures suivantes :

Enfant moyen, à terme. Poids, 3500 grammes.

Diamètres antéro-postérieurs.

OM	130	millimètres
OF	120	—
SoOF.	110	—
SoOB.	95	—
SoMB.	95	—
FM	80	—

Diamètres transverses.

BiP. 95 millimètres

BiT. 80 —

La circonférence passant par le grand diamètre.

OM mesure de 370 à 380 millimètres.

La circonférence SoOB . . 330 millimètres

— SoOF . . 340 à 350 millimètres.

Or (BUDIN), de tous les diamètres de la tête fœtale, le *bipariétal est celui qui se réduit le moins* et il est réductible de cinq millimètres. Les mensurations données par M. VARNIER (dans lesquelles le bipariétal est moindre de cinq millimètres), représentent donc les dimensions de la tête *dynamique*, c'est-à-dire de la tête d'un enfant qui a *traversé la filière pelvienne*. Suivant M. le Professeur TARNIER, la base du crâne mesure, en moyenne, soixante millimètres : ceci nous permet de dire que la tête fœtale ne pourra jamais, physiologiquement, *dépasser le détroit supérieur, lorsque son diamètre utile sera inférieur à quatre-vingt quinze millimètres ; si ce diamètre n'égale pas soixante millimètres, la base du crâne ne pourra point passer, même lorsque la voûte aura été broyée.*

La nécessité d'une ceinture pelvienne dynamique capable de fournir une filière peu traumatique, s'impose.

Suivant MM. FARABEUF et VARNIER (1), voici quels sont les diamètres du bassin normal.

GRAND BASSIN.

Comparé (2) à un entonnoir incomplet en avant, chargé

(1) *Introduction à la pratique des accouchements*. Paris, 1891.

(2) TARNIER et CHANTREUIL, *Traité d'accouchements*. Paris, 1888.

de diriger le produit de conception vers le petit bassin.

Le *détroit supérieur* qui marque la limite inférieure du grand bassin mesure, si l'on prend les diamètres passant par son centre de figure :

Diamètre antéro-postérieur. . . .	110	millimètres.
Diamètres obliques	120	—
Diamètre transverse.	110	—
Pouvant atteindre par refoulement.	120	—

La circonférence du détroit supérieur est de quarante centimètres.

Le diamètre antéro-postérieur a été mesuré du *promontoire* au *sus-pubis*. Comme l'a bien montré notre maître, M. le Professeur PINARD, dans sa thèse inaugurale, le diamètre sacro-sus-pubien n'est nullement le diamètre *dynamique exact* qu'on rencontre dans tous les bassins : il importe peu que la place qui est offerte à la présentation soit suffisante pour le sus-pubien et pour le sous-pubien. La hauteur de la symphyse, son épaisseur, son inclinaison réduisent le *diamètre utile* et ce diamètre est en quelque sorte le *sacro-rétro-pubien*.

Si on inscrit dans une première circonférence la courbe postérieure de la symphyse, le diamètre utile sera représenté par le rayon d'une circonférence ayant pour centre le promontoire et tangente à la première : ce sera exactement le *diamètre promonto-pubien minimum*, diamètre variable avec chaque bassin, non seulement suivant la symphyse, mais encore suivant l'inclinaison du sacrum sur la dernière vertèbre lombaire.

PETIT BASSIN.

Le petit bassin, encore appelé excavation, est compris entre le détroit supérieur et le détroit inférieur.

Sa hauteur en avant est exactement celle de la symphyse pubienne : 40 à 50 millimètres ; latéralement, il mesure 10 centimètres environ, pour atteindre en arrière 15 à 16 centimètres, en suivant la surface courbe formée par le sacrum et le coccyx.

En mesurant un certain nombre de diamètres suivant des coupes faites à différentes hauteurs, on constate que les *diamètres antéro-postérieurs vont en augmentant*, et les *transverses en diminuant*, à mesure qu'on s'approche davantage du détroit inférieur. Le *mi-sacro-pubien*, qui va du bord inférieur de la symphyse pubienne à l'articulation de la deuxième et de la troisième vertèbre sacrée, est très important à connaître. Il doit permettre à la bosse pariétale qui a traversé le détroit supérieur de se loger dans la concavité sacrée : ce diamètre, sur un bassin normal mesure 120 millimètres.

DÉTROIT INFÉRIEUR.

Le détroit inférieur est limité en avant par la partie inférieure de la symphyse pubienne ; il passe en arrière par l'articulation sacro-coccygienne.

Son diamètre antéro-postérieur (coccy-sous-pubien) mesure en moyenne 85 millimètres ; il est dilatable jusqu'à plus de 110 par *rétrorsion du coccyx* ; le diamètre transverse, limité sur le squelette par la distance des faces

internes des ischions, diminuée de l'épaisseur des obtura-teurs et de la graisse ischio-rectale, sur le vivant, mesure 110 millimètres.

En joignant, après dilatation du releveur de l'anús, le milieu d'une branche ischio-pubienne d'un côté et le mi-lieu du muscle ischio-coccygien du côté opposé, on obtient le diamètre oblique du détroit, estimé à 110 millimètres

Ces dimensions s'appliquent au bassin jouissant de toutes ses propriétés anatomiques et physiologiques : ossi-fication complète, articulations non ankylosées. On voit quel rôle énorme joue la symphyse pubienne ; c'est le pivot autour duquel évoluent tous les problèmes du travail, dans la plupart des cas d'angustie pelvienne. M. le Professeur FARABEUF (1) a depuis longtemps songé à réhabiliter l'opération de Sigault, en recherchant le bénéfice qu'on peut retirer de la section de la symphyse dans les bassins rétrécis.

Le savant anatomiste a établi, suivant des expériences nombreuses faites sur le cadavre, les résultats suivants pour le diamètre antéro-postérieur :

ÉCARTEMENT PUBIEN de :	AUGMENTATION POUR CHAQUE BASSIN DE :					
	50 mill.	60 mill.	70 mill.	80 mill.	90 mill.	100 mill.
50 millimètres	23 »	21 »	19 »	17 »	16 »	14 »
60 millimètres	29 »	26 »	23 »	21 »	19 »	18 »
70 millimètres	34 »	31 »	28 »	25 »	23 »	21 »

Les diamètres obliques *augmentent plus que l'antéro-*

(1) *Manuel de médecine opératoire*. Publications diverses.

postérieur ; les *transverses* plus encore (environ la moitié de l'écartement du pubis sur toute la hauteur du bassin); l'augmentation du diamètre biischiatique est *presque égale à l'écartement inter-pubien* parce qu'en raison de l'obliquité descendante en arrière des axes des charnières, les ischions sont à peu près éloignés de ces axes autant que les pubis (suivant A. POLLOSSON). En comparant les résultats obtenus on conclut : que *plus le bassin est aplati, plus il gagne à la section de la symphyse*.

Mais pour obtenir un résultat complet, il ne faut pas qu'une *articulation sacro-iliaque soit ankylosée*. Dans ce cas la charnière postérieure doit être remplacée par une charnière antérieure qui sera la symphyse elle-même dans l'ischio-pubiotomie, suivant le procédé du Professeur FARABEUF. Dans ce procédé, pour un même bassin, avec un écartement de 15 millimètres, on obtient les mêmes résultats que dans la symphyséotomie avec un écartement double.

Depuis quelque temps déjà, M. le Professeur PINARD lève les obstacles qui retiennent la tête fœtale au détroit supérieur en symphyséotomisant les parturientes. Une fois, il a fait, avec succès, l'ischio-pubiotomie. Bientôt l'incapacité maternelle par viciation pelvienne, si redoutable, puisqu'elle peut être la cause de lésions crâniennes graves pour le fœtus le plus normal, ne serait qu'un souvenir, si les pelvitomies ne constituaient une opération chirurgicale.

Or, la mère peut refuser l'intervention : vaut-il donc mieux faire une basiotripsie sur l'enfant vivant ?

Notez que c'est plutôt dans les cas de gros enfant que la

filière pelvienne est insuffisante. Un pôle céphalique d'enfant médiocre ou nul au point de vue de la race franchira tel détroit supérieur, et ce détroit tiendra en échec un bel enfant de vitalité supérieure. L'hésitation n'est pas permise et l'autorité morale du praticien doit suffire à imposer, lorsqu'il la juge utile, une intervention. Sinon, il fait une *opération de complaisance*.

Dans un article paru dans le *Journal d'accouchements* (1896, n^{os} 13 et 14), V. Cocq parlant des dangers qu'offre l'application du forceps dans les bassins rétrécis, divise les traumatismes subis par la tête en :

1^o Pressions par la main de l'accoucheur :

a) Main qui tient les manches (compression active);

b) Traction (compression de traction).

2^o Pressions produites par le bassin jouant le rôle d'anneau coulant (compression passive).

Suivant cet auteur : La *compression active*, proportionnelle à la résistance opposée par la tête et par suite au degré de rétrécissement pelvien et à la traction par le forceps, est *égale à la moitié de la traction*.

La *compression de traction* peut être représentée par la formule

$$f = 2 F \frac{D}{d}$$

dans laquelle

f = pression exercée sur le crâne fœtal par le forceps agissant comme levier ;

$2F$ = traction exercée par l'accoucheur ;

D = Mesure du diamètre *transverse* du bassin ;

d = la distance du point où l'on calcule la pression, au point d'appui du forceps sur l'anneau pelvien.

Établissant la vérification mécanique de sa formule, V. Cocq dit : « La statistique est *déplorable pour l'enfant* ; c'est une *embryotomie déguisée* si le diamètre *transversal est inférieur* à 115 millimètres, dans les bassins régulièrement rétrécis et dans les bassins rétrécis aplatis. Si le bassin est seulement aplati, il faut agir avec une *circonspection énorme*, quand le *conjugé vrai aura moins de 90 millimètres*. »

La clinique nous présente quelques cas où, sans que l'embryotomie déguisée ait été faite, on peut penser que la traction de la tête a eu un résultat déplorable.

Dans la thèse d'agrégation du Professeur POULLET (1) (Paris, 1880) se trouve l'observation très intéressante d'une femme qui, à son premier accouchement fait par un « praticien des plus habiles » eut, après un travail très long, un enfant qui *parut normal*, mais qui offre actuellement des *symptômes d'hydrocéphalie*. Les trois accouchements qu'elle eut, après celui-ci, ont été *normaux*. L'auteur se demande, comme le médecin qui a accouché la parturiente, si une *application de forceps* avec tractions énergiques et prolongées, peut être l'occasion d'un *traumatisme des méninges aboutissant à l'hydrocéphalie*. « Cette influence étiologique est possible, ajoute le D^r POULLET, et le D^r DOUBRENT, chef de clinique du Professeur BALL, nous a montré à l'asile Sainte-Anne le sujet dont voici l'observation résumée :

(1) *De l'hydrocéphalie fœtale dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement.*

HYDROCÉPHALIE CHEZ UN ADULTE, REMONTANT
PROBABLEMENT A LA VIE FŒTALE.

D... (Eugène-Henri), âgé de 17 ans, présente une tête dont la grande circonférence a 66 centimètres, et le diamètre O. F. 22 centimètres. La mère de ce jeune homme avait 41 ans, lorsqu'elle a été accouchée par le forceps : l'enfant a été blessé par l'instrument, le bregma ne s'est soudé que vers l'âge de cinq ans. Ce sujet présente un certain degré d'hémiplégie congénitale, accompagné de contractions de l'avant-bras et de la main gauche.

Mémoire très affaiblie.

Les ascendants ont été alcooliques, et le Dr DOUTREBENTE considère ce sujet comme ayant pu être déjà hydrocéphale pendant la vie fœtale.

« Cependant on peut se demander si l'hydrocéphalie existait réellement avant l'application du forceps : ce n'est pas absolument démontré. » S'il est vrai, comme l'a dit le Professeur POTAIN, que les hémorrhagies soient plus faciles, chez les dégénérés, et c'est le cas, on peut dire que le forceps a une part dans la genèse de l'affection dont il s'agit et qu'il est permis de lui attribuer, à l'avenant, quelques anomalies chez le nouveau-né. Ces hémorrhagies méningées, rencontrées dans quelques autopsies, ont été signalées par les auteurs, plus spécialement par ceux qui s'occupent de pathologie nerveuse. H. ASBY (*Mercredi médical*, 5 mars 1890) parlant des hémorrhagies méningées du nouveau-né, en rapporte la cause à l'asphyxie dans les accouchements laborieux. Il les croit assez fréquentes et leur attribue la production de bien des paralysies spasmodiques à forme hémiplégique ou paraplégique en raison de l'atrophie cérébrale qu'elles déterminent.

MANUEL SIMPSON cite deux observations de malades atteints de *paralysie générale* d'origine congénitale, rapportée, par lui, à l'*atrophie cérébrale* consécutive à une hémorrhagie survenue pendant l'accouchement.

A la Société de Neurologie de New-York (3 juin 1891), STARR présentait une petite fille atteinte d'hémianopsie congénitale, ayant des attaques épileptiformes. L'accouchement *avait été laborieux* et l'enfant présentait un *aplatissement du crâne* au niveau de la partie droite de la région occipitale.

Ce n'est donc pas sans raison que LEVRET tenait pour dangereuses les applications de forceps au détroit supérieur.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DES VICIATIONS EN DEHORS DE LA GRAVIDITÉ.

Voici qu'une femme vient solliciter notre opinion sur les dangers que pourra lui faire courir le bassin osseux, en cas de gravidité. La science nous permet-elle de porter le diagnostic d'insuffisance?

Oui, dans bien des cas ; au prix d'un examen *minutieux*.

Car, les jugements portés, d'après l'aspect extérieur, peuvent autoriser des conclusions fausses.

Témoin, cette observation que l'on trouve dans le Mémoire du D^r VERRIER, pour le prix Capuron, 1881.

Luxation coxo-fémorale droite traumatique, ankylose du genou gauche, suite de tumeur blanche. — Déformation considérable. — Claudication peu marquée. — Grossesse. — Accouchement spontané.

Mme Pose, 28 ans, primipare.

Se marie à l'âge de 22 ans, *malgré l'avis des médecins* qui lui avaient dit de rester seule ou de se marier le plus tard possible.

Pendant 5 ans, il n'y eut pas trace de grossesse, le mari a avoué que la déformation était telle, qu'il ne savait comment se rapprocher de sa femme dont la jambe droite se trouvait dans une adduction si considérable, qu'elle venait croiser la jambe gauche et la femme étant dans le décubitus dorsal, on ne pouvait découvrir la vulve.

Toutefois, sur le conseil d'un médecin, le mari essaya du coït « *more bestiarum* » et la femme devint enceinte aux environs du 20 mai 1879.

Plusieurs médecins consultés, *conseillent l'accouchement prématuré* ; elle le refuse, préférant aller jusqu'à terme, quoi qu'il arrive.

Le 19 février, à deux heures du matin, la femme accouchait *à terme, spontanément*.

Nous citerons encore, l'observation de la femme Wilke, dont le bassin est décrit dans le Mémoire de HUBERT (de Louvain) (1).

Cette femme ne voulut *jamais se marier dans la crainte d'un accouchement dangereux* et mourut d'une pneumonie à l'âge de 57 ans.

Voici les dimensions de son bassin :

Détroit supérieur.

Diamètre antéro-postérieur (un peu obli-

que).	118 mm.
— oblique droit.	155 —
— oblique gauche.	128 —
Ligne sacro-cotyloïdienne droite.	89 —
— — gauche	78 —

Excavation.

Du milieu de la symphyse pubienne à la

troisième pièce du sacrum	126 mm.
Diamètre transversal.	108 —
— oblique droit	142 —
— — gauche	135 —

Détroit inférieur.

Du bas de la symphyse pubienne à la

pointe du coccyx	80 mm
----------------------------	-------

(1) HUBERT, *Mémoire sur le mécanisme du développement du bassin.*

Du bas de la symphyse pubienne à la pièce soudée du coccyx.	108 mm.
Du bas de la symphyse pubienne au som- met du sacrum.	117 —
Diamètre bi-ischiatique.	124 —
— oblique gauche	126 —
— — droit	117 —

« On peut affirmer que la malheureuse qui s'était privée du doux plaisir de la maternité aurait eu un accouchement naturel et même un accouchement très facile, si l'occiput du fœtus eût été en avant et à droite, puisque tous les diamètres du bassin, et plus particulièrement l'oblique droit au détroit supérieur sont allongés ; et si, au détroit inférieur, le diamètre le plus grand paraît être l'oblique gauche, il ne faut pas perdre de vue que, en vertu de la loi d'accommodation, il y aurait eu une exagération du mouvement de rotation, qui aurait fait passer l'occiput d'un côté du bassin à l'autre. Nous pouvons donc conclure que la claudication des membres inférieurs, ne doit pas inquiéter l'accoucheur si elle *n'a pas agi sur le canal pelvien*. »

Dans le cas de claudication simple sans luxation, dit GUÉNIOT (1), le bassin des femmes qui ont *boité* dès l'enfance ressemble toujours plus ou moins au *bassin à luxation unilatérale*. Et on ne doit pas s'étonner de ce que les boiteuses accouchent facilement, à quelques exceptions près, puisque les pressions osseuses d'une part, d'autre part les muscles et les ligaments concourent à un but uni-

(1) GUÉNIOT, Thèse d'agrégation, Paris, 1869. *Des luxations coxo-fémorales soit congénitales, soit spontanées, au point de vue des accouchements*.

que : *l'agrandissement du bassin dans le même sens* (notamment les diamètres transverses de l'excavation) tandis que le rapprochement du coccyx de la symphyse pubienne *diminue le diamètre antéro-postérieur* du détroit inférieur. *L'exagération de la courbure sacro-coccygienne* et la réduction des diamètres verticaux du bassin sont aussi des conséquences de ces mêmes tractions.

Les déviations de la colonne vertébrale retentissent sur le bassin dans les conditions que M. le Professeur TARNIER a exposées, dans son cours de 1886 : « Toute déviation de la colonne vertébrale est généralement accompagnée d'une déviation en sens inverse (courbure de compensation) qui en corrige plus ou moins les effets au point de vue statique. » Si la courbure de *compensation* est *incomplète*, on trouve des déviations et des *déformations du bassin* en rapport avec la déviation rachidienne initiale ; si la courbure de compensation est *complète*, le bassin est *normal*.

C'est surtout la *cyphose* qui a une influence importante, car elle produit, par bascule de l'aileron du sacrum d'un côté, le *bassin en entonnoir* caractérisé par le *rétrécissement du détroit inférieur*. Dans les bassins viciés par *spondylolisthesis* ; dans les cas de *spondylisme*, le petit bassin est *bouché*.

L'aspect extérieur ne suffit donc pas pour autoriser un diagnostic précis.

Suivant M. le Professeur TARNIER, on peut se rendre compte de l'inclinaison du bassin par un procédé facile :

« Il faut rechercher la ligne bifémorale, la prolonger en haut, prendre d'autre part le centre de gravité, et voir quelle est sa situation par rapport au plan bifémoral. Si le

centre de gravité passe *exactement* au niveau de la ligne bifémorale, le bassin ne bouge pas ; s'il passe *en avant*, le bassin devient *vertical* ; s'il passe *en arrière* le bassin devient *horizontal*. »

Si, après avoir pris la ligne bifémorale ou mieux bitrochantérienne, on en fait passer une seconde par les crêtes iliaques, et qu'on unisse de chaque côté les extrémités de ces lignes en les prolongeant jusqu'à leur rencontre on obtient un triangle, tel que :

Si le *sommet* est situé *au-dessus* de la tête de la femme, le bassin est *normal* ;

Si le sommet est situé *au-dessous* du plan où reposent les *pieds*, le bassin est vicié par *spondylolisthesis* ;

Si le sommet est situé vers le *milieu du corps* de la patiente, on est en présence d'une *luxation congénitale double*.

Ces résultats de l'observation du Professeur NEUGEBAUER, nous permettent de classer le bassin auquel nous avons affaire, si le type en est *pur* ; mais ils ne sauraient servir à nous faire connaître la somme des désordres qui affectent le *pelvis dynamique*. Ils ne nous donnent d'ailleurs aucun renseignement sur l'état des articulations sacro-iliaques, des pièces du sacrum, ni sur l'inclinaison de la symphyse pubienne.

La direction de la fente vulvaire peut nous donner quelques indications plus précieuses sur l'état des symphyses.

La vulve est déviée du *côté sain*, et du même côté le *pli fessier*, dans le bassin *oblique ovalaire* (Nøgele) ; le *pli interfessier* est dévié *obliquement de haut en bas* du côté

malade vers le côté sain ; deux fils à plomb, passant : l'un par la *crête sacrée*, l'autre par la *symphyse* ne sont pas dans le même plan.

Dans la luxation congénitale double, l'antéversion du bassin étant très accusée, *la vulve est reportée en arrière* ; le ventre est en besace, les genoux presque au contact.

Enfin lorsque le toucher est difficile ou impossible, on doit penser au bassin ostéomalacique, ou au bassin de Robert.

Mais le diagnostic ne devient certain, on n'est autorisé à porter un pronostic que si la pelvimétrie intervient.

La filière génitale la plus normale, la moins traumatique, la plus favorable à l'accouchement, peut fort bien appartenir à la femme la plus difforme que vous pourrez imaginer ; et la naine d'une beauté sculpturale merveilleuse, avec un bassin miniature, ne vaut pas la plus bossue des rachitiques, dans bien des cas.

Le toucher mensurateur mérite toute notre confiance.

Ce qu'il importe de connaître, c'est l'espace qui sépare la face *antérieure du sacrum de la symphyse du pubis*, et surtout la distance qui existe *entre le promontoire et la symphyse*.

La femme étant placée en position obstétricale, les jambes fléchies sur les cuisses, et les cuisses en abduction légère, la vulve regardant l'accoucheur. l'index et le médius de la main droite accolés, enduits de vaseline, sont directement introduits dans le vagin. On cherche le promontoire ; il se distinguera du *faux promontoire vertébral* (articulation de la quatrième et de la cinquième lombaire) à ce que de chaque côté de celui-ci on ne trouve pas la

dépression des ailerons du sacrum, ni la *ligne innominée*.

Si le promontoire est accessible, on peut affirmer que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur est rétréci ; on ne peut pas affirmer que ce diamètre est suffisant, si on ne l'a pas atteint, car l'inclinaison de la symphyse pubienne peut éloigner les doigts mesurateurs du point de repère, et le promonto-sous-pubien ne représente pas le diamètre utile.

Pour juger la quantité de réduction qu'a subie le conjugué, on marque avec l'ongle l'endroit où s'arrête (sur le doigt qui touche) l'*arcuatum*, et on mesure la distance de ce point à la pulpe du doigt qui reposait sur le promontoire. Une réduction du nombre obtenu, suivant la hauteur de la symphyse, son épaisseur et son inclinaison, donnera très approximativement la dimension du promonto-pubien minimum.

M. le Professeur FARABEUF voulant mesurer très exactement le diamètre utile écrivait : « Je mesure, comme tout le monde, le diamètre promonto-sous-pubien avec mon doigt nu ou armé d'une tige rectiligne. J'introduis en même temps dans la vessie une petite sonde large et mince coudée à angle droit (sonde-équerre vésicale). La partie coudée plate, haute de trois centimètres et demi, prend facilement le contact tangentiel cherché, en s'appliquant à la face postérieure du pubis. Je tiens mon index, étendu en ligne droite sur son métacarpien et la partie antérieure longue de la sonde appliquée de manière à se confondre avec cette ligne. Je mesure les distances :

1° Du sous-pubis au promontoire ;

2° Du sous-pubis au pied de la perpendiculaire formée par la partie intravésicale de la sonde.

« Au lieu des erreurs considérables données par l'ancienne méthode, je n'ai *jamais* constaté une *erreur de plus de trois millimètres*. C'est donc l'exactitude idéale. Il n'y a pas de danger que j'oublie de *mesurer le mi-sacro-pubien*, avec mon doigt, pour compléter le dessin. On peut donc par cette pelvimétrie et cette pelvigraphe à la portée de tous, *déterminer et figurer* la distance, la divergence ou la convergence du sacrum, c'est-à-dire établir, un des facteurs du pronostic : le bassin. »

Lorsque la valeur du diamètre utile est connue, lorsqu'on sait quelle est la valeur de la courbure du sacrum, on mesure le coccy-sous-pubien et on peut figurer ainsi, exactement la hauteur de l'excavation, la courbure de cette excavation, la symphyse avec la distance qui la sépare du promontoire, c'est-à-dire *réaliser, en quelque sorte, la coupe antéro-postérieure du bassin*. Si cette coupe divise le sacrum en deux parties égales, nous pourrons rechercher encore la valeur des diamètres transverses : le doigt mensurateur parcourt la ligne innommée et juge de la distance qui la sépare du sous-pubis, l'arcuatum étant pris comme centre de mouvement. Le problème revient alors à construire un triangle dont on connaît les deux côtés et un angle.

Les diamètres obliques sont influencés :

Par le déplacement de la symphyse pubienne qui ne se trouve pas comprise dans le plan de division du sacrum en deux parties égales ; par l'atrophie d'un aileron du sacrum. La partie du sacrum atrophiée est reconnue par le toucher, grâce à l'épine sciatique devenue plus saillante. En palpant la partie postérieure du sacrum pour déterminer

la présence de l'apophyse épineuse de la première vertèbre et mesurer sa distance de l'épine iliaque postérieure et inférieure, on trouve cette apophyse presque au contact de l'épine.

Au détroit inférieur, on mesurera le bi-ischiatique avec la main introduite dans le vagin.

Lorsqu'on aura établi toutes les mesures, on pourra les rapporter sur une feuille de papier quadrillé en centimètres, et on aura ainsi, en main, le bassin qu'il faudra juger. La comparaison du graphique établi avec celui du bassin obstétrical normal permettra de conclure à l'incapacité formelle.

CHAPITRE V

RÉSUMÉ GÉNÉRAL. — INFLUENCE DES CONDITIONS DE L'HÉRÉDITÉ SUR L'EMBRYON. — TRAUMATISMES ET INTOXICATIONS GRAVIDIQUES. — CONCLUSION.

« Depuis six ans, dit M. CHARRIN (1), avec GLEY, je soumetts des lapins mâles et femelles, tantôt les uns, tantôt les autres, tantôt les premiers, tantôt les secondes isolément, à l'influence des bactéries ou plus fréquemment de leurs sécrétions ; puis à des époques diverses, parfois éloignées, parfois rapprochées de ces inoculations, de ces intoxications, j'accouple ces animaux. Les résultats sont des plus variés ; ils vont depuis la réalisation, rare du reste, de l'immunité ou inversement, depuis la création des altérations, des accidents attribuables au virus utilisé, jusqu'aux *avortements*, aux *morts avant terme*, au *nanisme*, au *rachitisme*, aux *déformations les plus singulières*. D'autres composés, les *lécithines*, par exemple, d'après DANILEWSKY, paraissent agir différemment.

« En présence de ces enseignements parfaitement concordants de l'expérimentation et de l'observation, sagement, largement conduites, est-il donc bien étrange de supposer qu'un rejeton qui, pendant les neuf mois de sa vie intra-utérine, a été exposé aux atteintes de pareils agents, a pu subir la conséquence de cette situation ? D'un autre côté,

(1) CHARRIN, *Leçons de Pathogénie appliquée*, 1897.

les cellules du père ou de la mère du sujet étudié ont longuement baigné, en raison de ces injections de toxines, dans des humeurs, dans des plasmas, contenant des composés bactériens, des déchets d'une nutrition perturbée; elles ont été impressionnées au contact de ces substances, la plupart toxiques; il en est résulté une série de désordres: quelques-uns se traduisent par une dégénérescence granuleuse, grasseuse du parenchyme hépatique, rénal, pulmonaire; quelques autres se bornent à des modifications fonctionnelles.

« Les éléments de la reproduction, mâles ou femelles, n'ont pas échappé à ces impressions, à ces modifications.

« Or, chacune de leurs particules a subi ce que l'ensemble a supporté; comme d'autre part, ce sont ces particules qui, à l'heure des divisions successives, vont constituer les organites du rejeton, ces organites, par suite de cette continuité plasmatique, offriront les mêmes défauts, les mêmes tares, la même débilité.

« Il y a plus. Suivant certaine doctrine, on rencontre dans l'ovule fécondé des sortes de gemmules, de plastidules qui, provenant de viscères des générateurs, représentent les futurs viscères, les viscères homologues des descendants: si les ascendants sont infectés, les parenchymes qui sont le plus habituellement malades, fourniront des granulations altérées; ces granulations, en se développant, ne pourront donner naissance qu'à des tissus similaires également détériorés. »

L'embryon qui va évoluer dans une chambre d'incubation non traumatique, où la nutrition large ne lui sera pas épargnée, où les intoxications lui seront évitées, pourra

arriver au terme de la vie fœtale, avec une vitalité assez grande pour suffire aux exigences du milieu nouveau où il est appelé.

On donnera donc à la mère le conseil d'éviter le surmenage, de se mettre à l'abri des causes morbides suivant les préceptes de l'hygiène la plus absolue, pour que son enfant soit le plus sain. Si une maladie spécifique l'afflige, on devra instituer, pendant toute la durée de la grossesse, un traitement énergique : l'embryogenèse en sera plus normale, le fœtus empruntant au milieu maternel une humeur moins toxique, moins tératogène. Si une hématoze insuffisante amène chez la mère un ralentissement de l'oxydation des tissus, on lui donnera un air plus oxygéné à respirer, une atmosphère moins méphitique : il ne faut pas que la gravidité se passe dans un taudis infectant.

Et lorsque nous aurons l'occasion de pouvoir éviter à des femmes (incapables de mener une grossesse à terme), de donner naissance à un enfant de vitalité anormale, dégénéré, nous ne devons pas hésiter à préconiser un célibat bienfaisant.

Sinon, chaque jour, ira diminuant le nombre des individualités normales ; des miséreux d'abord atteints, par le surmenage, l'essoufflement gagnera toutes les classes, créant ainsi cette « consanguinité du milieu social pathologique » dont parle le Professeur LACASSAGNE.

Lorsqu'un syphilitique se marie, nous ne disons pas qu'il est criminel : il le faudrait pourtant. Il faudrait même isoler ce malade, plus « dangereux qu'un chien enragé » comme l'a si bien dit M. le professeur PINARD.

Empêcher le mariage : demi-mesure ! Sans doute nous

épargnons à une victime désignée la mort de sa race ; mais ne créons-nous pas, du même coup, la multiplicité des victimes et ne décrétons-nous pas ainsi une disparition plus rapide de l'espèce ? D'autant que la syphilis est la moins « génitale » de toutes les maladies vénériennes et que le « baiser familial » peut inoculer bien des « innocents. »

Pour nous la maternité n'est pas une fonction exclusivement sociale : elle est d'abord et surtout le droit physiologique d'une catégorie de femmes nettement désignées par la nature. Il nous paraît injuste, illogique d'autoriser la fécondation de *toutes* les femmes.

Voici une femme devenue enceinte, dont le promontopubien minimum est accessible au doigt le plus court.

Ou bien elle sera soumise à un accouchement prématuré « thérapeutique » (?), fixant la fin de la vie intra-utérine de l'enfant à une époque (variable suivant le degré d'athrésie pelvienne) où la vitalité normale du nouvel être est impossible. Alors, la parturiente, dont la vie a été *gratuitement mise en danger*, donne le jour à un être *pseudo-humain, débile*, pour qui la couveuse et le gavage, milieu artificiel de fin d'évolution, ont été créés.

Si notre parturiente *refusant* l'accouchement prématuré « thérapeuthique » (?) arrive à terme, l'enfant est *parfait* ; mais il ne peut être expulsé qu'au prix de traumatismes graves.

Le palper nous a appris que l'enfant était gros, l'auscultation nous affirme qu'il est bien vivant : mais la filière génitale est insuffisante, d'autant plus insuffisante que l'enfant est plus beau. Nous subissons *la loi de l'inter-*

vention d'urgence, pouvons-nous « éviter à la mère, et à l'enfant une de ces extractions manuelles dont P. DUBOIS a pu dire « que l'homme le plus expérimenté ne pouvait jamais, en les commençant, prévoir, à coup sûr, les conséquences de leur terminaison (1) ? »

Oui, si l'on prend son parti virilement, « si l'on met toutes les chances connues, de son côté ». Et c'est ici que les discussions les plus nombreuses commencent.

A notre humble avis, le débat se réduit, en dehors de tout préjugé « médical, social, théologal » au fait suivant :

Une femme qui ne peut arguer de son *droit physiologique* d'être mère *a été fécondée*.

La morale nous apprend qu'elle a commis une *injustice*, puisqu'elle a voulu *acquérir un droit* que la nature lui refusait : il est donc logique de conclure qu'elle affirmait ainsi le *droit de l'enfant*. Nous traduisons cliniquement : « La filière génitale est faite pour l'enfant, et non pas l'enfant pour la filière. »

N'est-il pas d'ailleurs contradictoire d'autoriser la fécondation maladive, et de refuser à *l'embryon le plus normal* l'accouchement à terme le moins traumatique ?

L'infection des générateurs *tue l'œuf*, ou *gène l'embryogenèse* ; n'est-il pas suffisant que la statistique des nouveau-nés, *débiles, dégénérés, incapables*, grossisse du fait de la fécondation maladive, sans que nous y ajoutions *gratuitement* l'embryotomie sur l'enfant *vivant, sain, à terme*, ou *l'accouchement provoqué*, avant que le fœtus n'ait atteint son organisation définitive ?

(1) PAJOT, Introduction au *Traité du palper abdominal*, du Professeur PINARD.

Aussi nous ne saurions accepter cette opinion de DEHOUS (1) : « Dans une circonstance solennelle où des manœuvres obstétricales pouvaient *compromettre tout l'avenir d'une dynastie, la voix de la vérité a retenti dans un palais* : Sauvez la mère !... *Noble pensée d'une belle âme, qui doit être aussi la devise de l'art !* » Nous voulons aussi sauver la mère *imprudente*, mais nous ne pensons pas que *l'avenir* d'une famille réside ailleurs que dans *l'enfant nouveau-né*. Nous pensons même que le meilleur des procédés à employer pour affirmer à la mère que *sa dynastie est caduque*, c'est encore de lui prouver qu'elle ne peut créer un héritier. Nous aimons mieux que la devise de l'art soit : « Sauvez l'enfant... et la mère ! »

C'est d'ailleurs, à peu près ce que disait le 2 juin de la même année ERNEST DELBET (2) :

« Il existe un principe général que le médecin qui soigne une malade atteinte de vomissements incoercibles ne doit jamais oublier ; il consiste à ne considérer *l'avortement* que comme *une ressource extrême* à laquelle on ne doit recourir qu'après avoir épuisé *sans succès, tous les moyens connus*.

« L'accouchement prématuré, dans une circonstance où M. COSTA proposait d'y avoir recours, fut déclaré par une commission de l'Académie : *dangereux pour la mère et pour l'enfant, inconvenant et immoral*. »

FERDUT (3), après avoir discuté un article du code pénal,

(1) DEHOUS, Thèse de Paris, 1854. *Essai sur les morts subites pendant la grossesse, l'accouchement, l'état puerpéral*.

(2) E. DELBET, Thèse de Paris, 1854. *Accouchement provoqué pour vomissements incoercibles*.

(3) FERDUT, Thèse de Paris, 1865. *De l'avortement au point de vue médical, obstétrical, médico-légal, légal et théologique*.

où l'avortement est puni de réclusion, affirme que le médecin ne peut être frappé, s'il juge que l'accouchement prématuré thérapeutique s'impose.

Mais il conseille au praticien de demander au préalable l'avis d'un confrère, dont la conscience d'ailleurs pourra être en paix puisque saint Alphonse de Liguori écrivait : « *Licet foetus, non sit aggressor voluntarius* ».

Ne vous semble-t-il pas que les précautions multiples dont s'entourait l'auteur sont autant de preuves *du droit positif de l'enfant* ? Et la discussion qui eut lieu à la même époque, à propos de l'opération césarienne, sur la mère morte, *considérée comme une autopsie*, ne vous semble-t-elle pas aussi constituer le droit imprescriptible de l'enfant, puisque un des *arguments* employés, était justement *la survie improbable ou probable de l'enfant*. Si l'enfant *pouvait vivre*, l'opération césarienne *devait* se faire, la loi romaine disant : « *Occidit qui potest servare, nec servat* ».

Donc, pas d'accouchement prématuré.

Toute grossesse à terme ou pas de grossesse ! Ceci s'entend *seulement*, dans les cas où on aura pu prévoir, *avant la gravidité* qu'un accouchement ne pourrait être spontané, si la fécondation avait lieu, par le fait d'une *athrésie pelvienne*.

La pelvitomie nous paraît indiquée dans les cas où la présentation ne peut se dégager, « *comme traitement uni-voque des viciations pelviennes* ; elle relègue dans l'ombre les interventions obstétricales comme l'accouchement prématuré artificiel, la version, le forceps ». Comme le

dit M. JORAND (1), « la symphyséotomie est une excellente opération ». Mais nous n'acceptons pas, avec lui, « qu'elle doive être rangée à côté des autres interventions préconisées dans les viciations pelviennes ».

L'opération de SIGAULT n'a de valeur que si elle n'a point les inconvénients absolus du forceps, de la version qui font échec à la vitalité de l'enfant à terme ; elle jure à côté de cette autre intervention : accouchement prématuré artificiel.

Si nous ne pouvons pas atteindre les incapacités maternelles dans la fécondation, dans l'embryogenèse, nous les atteignons au moment du travail : usons de notre droit, ou du moins faisons tout notre devoir. Nous aurons ainsi la chance de voir diminuer demain, le nombre même de ces incapacités, et peut-être les statistiques de nos « maisons d'accouchements » seront-elles améliorées.

Mais l'effort particulier réalisé par les médecins, n'est pas suffisant pour réduire toujours davantage les causes morbides dont nous avons étudié l'effet.

Nous avons cité l'opinion du Professeur LACASSAGNE, l'opinion de M. CH. FÉRÉ, sur l'influence du milieu social, dans les conditions de la fécondation et de l'embryogenèse.

Ce n'est pas à nous qu'il appartient d'améliorer sans cesse ce milieu, en réduisant le surmenage des classes, en augmentant la richesse individuelle.

M. le D^r JAVAL faisant naguère une communication à l'Académie de médecine (25 août 1896) rapportait les causes de la dépopulation de la France aux lois fiscales. Sans

(1) A. JORAND, Thèse de Paris, 1896. *Accidents et complications de la symphyséotomie.*

doute ces lois agissent sur la quantité d'aisance qui revient à chaque individu dans la nation ; mais il conviendrait d'abord de réduire les dépenses inutiles, au profit de l'Assistance, avant d'exonérer d'impôt les familles nombreuses.

On a songé à frapper d'une taxe élevée les célibataires : il faut distinguer les célibataires en deux classes bien distinctes. Les uns refusent de se marier parce qu'ils se savent, à l'exemple du client du Professeur FOURNIER atteints d'incapacité matrimoniale, et ceux-là accomplissent *un devoir*. Les autres, se séparent volontairement de l'humanité en refusant de perpétuer leur race : des raisons individuelles leur permettent sans doute d'agir ainsi, et il faut respecter leur volonté.

Mieux vaudrait autoriser le divorce dans les cas où il s'affirme dans le mariage une incapacité quelconque : et nous sommes surpris que la syphilis soit acceptée par le Code civil comme cause de nullité du mariage, lorsqu'aucun article ne spécifie que pareille dissolution pourra être prononcée dans les cas de dystocie pelvienne.

Vu :

Le Président de la thèse,
PINARD.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL,

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier (Hte-Marne).
